CONT

L'APPENI

E

Pour obteni

IMPRIMERI

N° 74 12.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 juillet 1904

PAR

Etienne VEIRAT

Né à Saint-Gilles (Gard), le 17 avril 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène	BERTIN-SANS

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président*.	MM. MOURET, *agrégé*.
BOSC, *professeur*.	VIRES, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES TANTES

ETIENNE VEIRAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

ETIENNE VEIRAT.

AVANT PROPOS

Les cas d'appendicite tuberculeuse, publiés jusqu'à ce jour, sont assez rares. Ayant observé, au mois de mai dernier, dans le service de M. le professeur Tédenat, un malade atteint de cette redoutable affection, nous avons eu l'idée — et du reste, notre ami, le docteur Martin, chef de clinique chirurgicale, nous l'a vivement conseillé — de traiter le sujet qui nous sert de thèse inaugurale.

Nous avons recueilli les observations les plus intéressantes d'appendicite tuberculeuse, publiées dans les journaux médicaux de ces dernières années. Nous donnons en entier celle de notre malade.

Quelques notes importantes parues récemment sur ce sujet, ont singulièrement facilité notre tâche. Nous aidant de ces faits et de ces communications, nous allons essayer d'esquisser rapidement l'histoire clinique de l'appendicite tuberculeuse.

Après avoir dit quelques mots de l'historique de la question, nous nous demanderons si l'appendicite tuberculeuse existe en tant que lésion isolée ? si elle est fréquente ou bien rare ? Nous donnerons ensuite, résumées, les observations que nous avons trouvées. En dernier lieu, nous étudierons successivement l'anatomie pathologique, l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'appendicite tuberculeuse.

Avant d'aborder cette étude, modeste travail que nous soumettons à l'indulgence de nos juges, nous devons remercier nos Maîtres de leur bienveillant enseignement. MM. Tédenat, Forgue et Jeanbrau ont édifié en grande partie nos connaissances chirurgicales. MM. Grasset, Carrieu et Ducamp nous ont appris à nous guider dans l'étude si difficile de la pathologie interne.

Mais nous devons remercier particulièrement MM. les professeurs Carrieu et Ducamp pour la bienveillance dont ils ont fait preuve à notre égard. Qu'il nous soit permis de leur exprimer ici notre plus vive gratitude.

Que M. le professeur Tédenat, notre éminent Maître, reçoive aussi tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE TUBERCULEUSE

PREMIÈRE PARTIE

I

HISTORIQUE

Si l'on cherche attentivement dans la littérature médicale, on voit que le premier auteur qui ait publié une observation d'une lésion de l'appendice est Mestivier (1). En 1759, cet auteur rapporte l'histoire d'un homme, qui entra à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pour se faire opérer d'une tumeur siégeant dans la région ombilicale du côté droit.

Longer-Villermay (2), en 1824, rapporte deux cas de perforation de l'appendice cœcal. Les deux malades moururent à la suite d'une péritonite généralisée.

---

(1) Journ. de méd. et de chir., t. X, p. 441, 1759.

(2) Archiv. génér. de méd., 1824. (Obs. pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du cœcum.)

Méhier (1), en 1827, publie un cas intéressant d'appendicite à rechutes.

Dans la *Gazette médicale de Paris*, le docteur Corbin, d'Orléans (2), rapporte en 1837 un cas de perforation de l'appendice. Dans sa communication, il dit que plusieurs de ses confrères ont déjà observé la maladie de cet organe dans beaucoup de nécropsies qu'ils ont faites A l'autopsie, il remarqua que la surface interne de l'appendice était rugueuse et comme mamelonnée. Elle présentait un certain nombre d'ulcérations lenticulaires.

Broca (3), en 1852, présente à la Société anatomique un appendice dont la muqueuse est infiltrée de lésions tuberculeuses.

Dans leurs thèses, Bodart (4) et Favre (5) signalent les lésions tuberculeuses comme une cause de perforations de l'appendice. Et ils donnent une description assez exacte des différentes lésions anatomo-pathologiques (déformations, adhérences, ulcérations) de l'appendicite tuberculeuse.

En Allemagne, Albers (6) pense que « l'accumulation de la matière tuberculeuse dans l'intérieur de l'appendice, et par suite sa perforation, s'observent assez souvent ».

---

(1) Mém. et obs. sur quelques maladies de l'appendice cœcal (Journ. gén. de méd., de chir. et de pharm., 1827)

(2) Note sur les maladies de l'appendice cœcal. (Gazette méd., 7 oct. 1837.)

(3) Broca. — Bull. de la Société anatomique, 1852, p. 111.

(4) Bodart. — Des perforations du cœcum et de celles de l'appendice cœcal (Th. Paris, 1851).

(5) Favre. — Hist. des perforations spontanées de l'appendice iléo-cœcal (Th. Paris, 1851).

(6) Albers. — Archiv. für Phisiologische Heikunde, 1851, p. 455

Cless (1) cite comme cause de perforation de l'appendice, la phtisie.

En Angleterre, Habershon (2) admet qu'il est très commun de trouver dans la phtisie des ulcérations de l'appendice.

Leudet (3) cite le cas d'un malade qui entra dans son service pour une pleurésie qui donnait lieu à une grande suffocation. Le malade tomba en syncope et succomba. A l'autopsie on reconnut l'appendice dilaté à son fond par du mucus purulent. Il y avait une ulcération de la muqueuse qui aurait pu admettre un pois.

En 1878, Spillmann (4), dans sa thèse d'agrégation, fait une remarquable étude anatomo-pathologique de la tuberculose de l'appendice. Mais sa description clinique s'applique plutôt à la typhlite qu'à l'appendicite tuberculeuse.

Du reste, à cette époque, l'appendicite tuberculeuse semble être complètement tombée dans l'oubli. Ses manifestations étaient attribuées à la typhlite et à la péri-typhlite.

Aussi est-ce à notre époque, à la suite des travaux des chirurgiens américains, que l'on rendit à l'appendicite la place qui lui était due. Les fréquentes laparotomies, que des opérateurs audacieux tentèrent presque sans danger,

---

(1) Cless. — Canstatt's Jahresberich, 1853, t. III, p. 187, et Medicinisches correspondenz Blatt des Wurtembergischen Aerztlichen Voreins, 27 janv. et 3 févr. 1857.

(2) Habershon. — *Observations on diseases of the alimentary canal*, Londres, 1857.

(3) Leudet. — *Archives générales de médecine*. Août et septembre 1859.

(4) Spillmann. — De la tuberculisation du tube digestif Thèse d'agrégation, 1878.

grâce à une asepsie parfaite, permirent de constater les nombreuses lésions de l'appendice et de les étudier. C'est alors qu'on s'occupa de nouveau de la tuberculose de cet organe.

Biggs, en 1888, présente à la New-York Pathological Society un travail sur la tuberculose de l'appendice, sur lequel nous n'avons aucun renseignement. En 1891, Bland-Sutton (1), dans un cas d'appendicite, croit qu'il s'agit de tuberculose, mais la recherche des bacilles est négative.

Hartmann et Pilliet (2) citent le cas d'un malade qui avait présenté les symptômes suivants : vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, fièvre, et chez qui on avait porté le diagnostic d'appendicite. On l'opéra et on enleva un appendice chez lequel l'examen histologique montra des lésions très intéressantes ; la muqueuse était épaissie, l'épithélium disparu. Les glandes lymphatiques étaient transformées en follicules tuberculeux.

Roux (3) (de Lausanne) cite trois observations de tuberculose de l'appendice.

Reclus (4) parle de l'appendicite tuberculeuse dans une de ses leçons cliniques de la Pitié, en 1891.

En 1892, il y eut, à la Société de chirurgie, une impor-

---

(1) Bland-Sutton. — *Transact of the medical Soc. of London*, 13 feb. 1891, *in British medical Journ.* 1891, 1er sem, p. 409.

(2) Hartmann et Pilliet. — Note sur une variété de typhlite tuberculeuse, simulant les cancers de la région (*Bulletin de la Société d'anatomie*. 31 juillet 1891).

(3) Roux. — Du traité chirurgical de la pérityphlite suppurée (*Revue médicale de la Suisse Romande*, novembre et suivants).

(4) Reclus. — Typhlite et app. tuberculeuse (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, p. 317, 1894).

tante discussion sur l'appendicite tuberculeuse. Terrier, Bouilly, Richelot, Réclus, Delorme, Reynier, y prirent part, et apportèrent quelques faits d'appendicite tuberculeuse traitée chirurgicalement.

Bouilly (1) cite une observation personnelle d'appendicite tuberculeuse opérée à chaud. Elle concernait un malade atteint de péritonite à la suite d'une perforation tuberculeuse de l'appendice ; une simple incision d'abord pratiquée est suivie de l'établissement d'une fistule stercorale ; l'appendice est alors enlevé, mais le malade succombe aux progrès de la tuberculose abdominale et pulmonaire. Malheureusement il n'y eut pas d'examen histologique ; néanmoins les suites de l'opération et la mort par tuberculose permettent de penser que le diagnostic était exact.

Richelot (2) rapporte quatre observations d'appendicite ayant évolué chez des sujets tuberculeux ou du moins supposés tels. Mais en l'absence d'examen histologique, la nature tuberculeuse de la lésion n'est pas absolument certaine.

Delorme (3) apporte deux cas d'appendicite tuberculeuse opérée et guérie par lui. Et pour donner plus de certitude à son diagnostic, il apportait l'année suivante l'examen histologique des pièces. L'inoculation aux animaux donna des résultats positifs.

Terrier (4) rapporte le cas d'une Egyptienne qui fut

---

(1) Bouilly. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 2 mai 1892, p. 165.

(2) Richelot. — *Loc. cit.*

(3) Delorme. — *Loc. cit.*

(4) Terrier. — *Bull. de la Société de Chir.*, 1892.

atteinte d'appendicite tuberculeuse. Il l'opéra. A l'ouverture de l'abdomen, il trouva le cœcum induré, l'appendice replié sur lui-même et ramolli. Les douleurs diminuèrent après l'opération. Il se fit une fistule et, consécutivement, il y eut une péritonite tuberculeuse.

Dans un autre cas, où il fut appelé par M. Bouchard, Terrier trouva, dans la fosse iliaque droite, une énorme tumeur dont la formation avait été précédée de vives douleurs. Il s'était donc produit un phlegmon de la fosse iliaque droite d'origine appendiculaire. A l'examen du pus, on trouva une énorme quantité de bacilles tuberculeux.

Stearns (1) présente à la Société pathologique de New-York les pièces d'un sujet mort d'appendicite tuberculeuse, ayant simulé cliniquement une fièvre typhoïde. En 1895, paraît la thèse d'Aynès (2), de Bordeaux, inspirée par Demons. L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint probablement d'appendicite tuberculeuse.

On trouva sur l'appendice trois petites tumeurs ayant l'aspect de granulations tuberculeuses ; le lendemain de l'opération, le malade eut une légère hémoptysie.

Cathelin (3) fit l'autopsie d'un sujet qui avait une appendicite tuberculeuse avec abcès lombaire et fistule pyostercorale. On avait cru que ce malade était atteint d'un mal de Pott lombaire. L'examen de la pièce, fait par Letulle, montra de nombreux foyers caséeux de l'appendice.

(1) Stearns. — New-York. Pathol. Soc., in *New-York. Med. Rec.* 1893, p. 25.

(2) Aynès.— Thèse de Bordeaux, 29 novembre 1895, n° 19.

(3) Cathelin. — App. tub. avec abcès lombaires et fist. pyo-sterc *P Med.*, 20 juillet 1898.

Il y avait aussi de nombreux ganglions mésentériques tuberculeux.

Riedel (1), sur une statistique de 132 cas d'appendicite opérés, en compte 11 d'origine tuberculeuse.

Jalaguier (2), dans son article du *Traité de Chirurgie*, cite deux faits personnels d'appendicite tuberculeuse avec perforation. Les deux malades moururent quelque temps après de tuberculose pulmonaire.

Josselin de Jong (3) publie un important travail sur l'appendicite tuberculeuse à propos d'un appendice enlevé par Rotigans.

Dans ce travail, l'auteur donne une analyse complète du mémoire de Carl Beck (4), de New-York.

Le chirurgien américain rapporte 4 cas d'appendicite tuberculeuse dont deux sont particulièrement intéressants. Dans un cas, l'appendice était fortement hypertrophié, offrant le volume du pouce. Il existait, dans les parois de l'appendice, un foyer caséeux. Nulle part ailleurs on ne put trouver quelque signe de tuberculose. Le malade succomba à la péritonite tuberculeuse. Dans un autre cas, on trouva un appendice très épaissi ; tout autour il y avait de nombreux ganglions caséeux. L'examen histologique révéla la présence de nombreux tubercules ; ce malade guérit.

---

(1) Riedel.— 70e Réunion des med. et nat. allemands Dusseldorf 20 rep. 1898.

(2) Jalaguier.— Tr. de Chir. de Dup. et Reclus, 2e édition, 1898, t. VI, p. 635.

(3) Josselin de Jong.— *Rev. int. de la tub.*, décembre 1902, n° 12, p. 906.

(4) Carl Beck. — App. Sammlung Klin. Vortrage, n° 221 (Chir. N° 65) septembre 1898.

Dans le cas de Bouglé (1), publié récemment à la Société anatomique, il s'agit d'un appendice très hypertrophié enlevé à un malade ayant présenté, quelques semaines auparavant, une crise nette d'appendicite, alors qu'il était en traitement au sanatorium d'Angicourt pour une tuberculose pulmonaire au début. Il persistait à la palpation de la fosse iliaque, une masse indurée et douloureuse. L'examen histologique, pratiqué par Marie au laboratoire du professeur Cornil, a démontré nettement la nature tuberculeuse de cet appendice.

---

(1) Bouglé. — Appendicite tuberculeuse (*Bull. de la Société d'anatomie*, 30 janvier 1903).

II

L'APPENDICITE TUBERCULEUSE EXISTE-T-ELLE EN TANT QUE LÉSION ISOLÉE ? EST-ELLE FRÉQUENTE ? OU BIEN EST-ELLE RARE ?

Nous nous sommes inspiré, pour écrire ce chapitre, de l'article de Bouglé, paru dans les Archives générales de médecine de 1903.

Il existe sur ces divers points une divergence d'opinions entre les cliniciens et les anatomo-pathologistes. Si l'on croit certains auteurs, la localisation primitive du bacille de Koch existerait bien réellement et serait même une des premières manifestations de la tuberculose. Le professeur Dieulafoy (1) pense que cette affection est « excessivement rare » et lorsqu'on voit, en effet, le nombre si restreint d'observations publiées, on est tenté d'accepter cette opinion.

Dans les pays, comme l'Angleterre et l'Amérique, où l'appendicite est si fréquente, on trouve à peine cinq ou six observations d'appendicite tuberculeuse.

Et cependant, Letulle et Weinberg, dans leur étude sur l'anatomie pathologique des appendicites, déclarent que l'appendicite tuberculeuse « est une variété excessivement commune ». C'est d'ailleurs l'opinion de beaucoup de chirurgiens et notamment de Bouglé. « S'il

(1) Dieulafoy. — *Semaine Médicale*, 8 oct. 1902, p. 329.

existe, dit-il, un si petit nombre d'observations, c'est que l'examen histologique et bactériologique n'est pas méthodiquement fait pour tous les appendices enlevés. Un certain nombre d'appendices examinés seulement à l'œil nu et considérés comme atteints simplement d'inflammation banale, seraient reconnus tuberculeux si on avait pris soin de les couper, de rechercher les follicules tuberculeux et les bacilles, complétant au besoin les données histologiques et bactériologiques par le contrôle de l'inoculation aux animaux. Le professeur Terrier a fort judicieusement insisté sur la nécessité de ce triple examen pour établir la classification des appendicites sur une base véritablement scientifique. » Le fait de ne pas examiner méthodiquement tous les appendices enlevés, n'est pas un argument en faveur de la fréquence de l'appendicite tuberculeuse. On pourrait objecter, en effet, que si on avait pratiqué cet examen histologique, on aurait pu trouver que les lésions dominantes étaient des lésions d'inflammation banale.

En consultant les travaux publiés sur cette question, on est pourtant obligé de reconnaître que les lésions tuberculeuses de l'appendice sont fréquentes. Girode (1), dans sa thèse inaugurale, Spillmann (2), dans sa thèse d'agrégation, enseignent qu'il n'est pas rare de voir la tuberculose de l'appendice compliquer la tuberculose pulmonaire et intestinale. Lesueur (3), dans sa thèse

---

(1) Girode. — Contribution à l'étude de l'int. des tub. Thèse Paris, 1888.

(2) Spillmann. — De la tuberculisation du tube digestif. Thèse d'agrégation, 1878.

(3) Lesueur.—Thèse Paris, 1903. Contrib. à l'étude de l'app. chez les tuberculeux.

inaugurale, rapporte que sur 500 autopsies pratiquées dans le service de Letulle, il a trouvé 144 fois l'appendice atteint de tuberculose, soit 28,8 p. 100. Ainsi donc, ce fait admis de la fréquence relative de l'appendicite tuberculeuse, on conçoit qu'il constituerait un argument de premier ordre en faveur de ceux qui recommandent l'ablation de tout appendice malade, qui serait considéré et traité comme un foyer de tuberculose locale. On débarrasserait ainsi le corps d'un organe qui est une menace constante de péritonite, et on ferait disparaître un foyer d'où peuvent partir de nombreux bacilles pour aller infecter l'organisme.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)

Service de M. le professeur Tédenat. Recueillie par M. Soubeyran, chef de clinique. Appendicite tuberculeuse.

C..., étudiant, 24 ans, entre salle Barthez, le 3 mai 1903, pour douleurs généralisées à tout l'abdomen.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 20 ans. Fume beaucoup, ne boit pas. Sujet robuste, bien charpenté, brun, jouissant habituellement d'une bonne santé.

Il y a un an et demi, le malade a commencé à souffrir dans le ventre sous forme de coliques passagères, durant une demi-minute, revenant trois ou quatre fois dans la journée et apparaissant deux ou trois fois par mois.

Leur maximum était autour de l'ombilic. Ces phénomènes ont duré un an.

Le ventre ne s'était jamais ballonné. Le malade n'avait jamais eu de vomissements et n'avait jamais été obligé de garder le lit.

Depuis six mois, les douleurs avaient fort augmenté d'intensité; elles revenaient tous les trois ou quatre jours.

Leur durée n'avait cependant pas augmenté. Le malade est au lit depuis un mois ; il a de la diarrhée avec des alternatives de constipation.

Dans ces deux derniers mois, le ventre s'est ballonné ; les douleurs péri-ombilicales ont diffusé dans tout l'abdomen. On voit les anses intestinales se dessiner nettement sous la paroi. Les douleurs, qui au début, étaient légères et de peu de durée, sont devenues maintenant presque continues, ne cédant pas la nuit.

Il y a 25 jours, pendant une nuit, des vomissements sont apparus, d'abord alimentaires, puis fécaloïdes. Le malade souffrait tellement qu'on a dû lui faire plusieurs piqûres de morphine.

Il a beaucoup maigri depuis six mois. Il ne tousse pas. Les poumons sont sains ou du moins paraissent tels ; car la percussion et l'auscultation n'ont rien révélé d'anormal.

L'appétit est nul, la langue est très sale, la diarrhée habituelle alternant chaque jour avec de la constipation. Rien au cœur. Pouls : 80.

Examen. — L'abdomen est ballonné ; sur la paroi se dessinent des anses intestinales distendues. Le ventre est sonore. A la palpation, on ne perçoit rien dans la fosse iliaque droite, pas de tumeur, pas d'empâtement. La pression périombilicale est cependant un peu douloureuse à droite. La percussion dénote la présence d'un peu de liquide. Le diagnostic est hésitant entre l'appendicite, une tuberculose intestinale et une entérocolite d'origine appendiculaire. On pense plutôt à cette dernière affection.

Opération. — 7 mai. Anesthésie au mélange.

Laparotomie médiane. Paroi grasse et bien musclée.

Il existe du liquide clair dans le péritoine en quantité notable. L'intestin dilaté fait irruption hors de l'abdomen. Il est rentré.

Le cœcum est cherché aussitôt, et l'on trouve qu'il est haut situé, près de l'ombilic.

L'extrémité inférieure de l'appendice est en haut, il est donc en érection. Il est collé contre la paroi antérieure du cœcum à laquelle il adhère fortement. Il est libéré avec prudence et réséqué à sa base. Le moignon, touché au thermocautère, est enfoui avec du fil de lin. Une mèche de gaze est mise dans l'abdomen.

Suture profonde avec un surjet de catgut.

Suture superficielle au crin.

8 mai. — Une pilule d'opium de 0.01 est donnée toutes les deux heures. Le malade a été agité, et on a dû lui faire deux piqûres de morphine.

Il a uriné une seule fois.

9 mai. — Le malade a émis des gaz ; il ne souffre pas. T. : 37. Pouls : 80.

11 mai. — Une selle hier, après lavement, a fort soulagé le malade. Pansement. Excellent état de la plaie. Ablation de la mèche abdominale.

15 mai. — Le malade, qui avait eu hier de vives coliques, a été très soulagé par une légère purgation qui a amené trois ou quatre selles.

Pansement. Ablation des fils. Bon état de la plaie.

21 mai. — Les douleurs ont cessé.

6 juin. — L'orifice de drainage est fermé ; il existe à peine une fistulette profonde de un centimètre.

29 juin. — Le malade souffre du ventre. Son facies est tiré et jaunâtre. Il a eu hier de la diarrhée.

30. — Le malade a des vomissements verdâtres, des douleurs abdominales très vives.

Le soir, par la fistulette s'écoulent des matières fécales. Il s'est fait une ulcération tuberculeuse de l'intestin, et péritonite consécutive. Le malade meurt dans la soirée.

Examen de la pièce. — Cet examen a été pratiqué dans le laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur Bosc, par M. le préparateur Bosc.

Il ont bien voulu nous le communiquer obligeamment. Le voici :

Examen macroscopique. — L'appendice est très augmenté de volume (volume du médius) et a une consistance dure. Le méso est enflammé chroniquement; il est épaissi, grisâtre ; et cette inflammation se propage sur l'appendice, qui est entouré par une sérense grisâtre opalescente surtout le long des vaisseaux. Au-dessous d'elle on perçoit par transparence la congestion intense de l'organe avec aspect ecchymotique dans son sommet principalement. La surface examinée de plus près a un aspect purement granuleux. On constate que le long des vaisseaux, il existe des granulations jaunâtres. Quatre ou cinq de ces granulations peuvent même former comme de petits placards. Une coupe longitudinale montre que dans les deux tiers de l'appendice, il n'y a plus de cavité.

Celle-ci est rendue virtuelle par les bourgeonnements de la surface muqueuse qui forme une forte couche tomenteuse dont l'épaisseur diminue dans le tiers supérieur. En ce point, on voit que la muqueuse est fortement congestionnée et présente des points ecchymotiques. La couche conjonctivo-péritonéale est aussi très épaissie.

Dans les deux tiers inférieurs, la muqueuse présente des saillies dures, grisâtres et très vascularisées, mais sans ulcération ni sans caséification apparentes.

Examen microscopique. — Les glandes en tube sont hypertrophiées et renferment des cellules volumineuses et claires, mais sans phénomènes accentués de désintégration. La lésion est plus importante dans le tissu interglandulaire qui est épaissi et injecté de lymphocytes et de plasmazellen, sans polynucléés. La sous-muqueuse présente une infiltration de même ordre encore plus intense. Cette infiltration forme des nodules, d'abord limités, puis diffus, dans l'intervalle des follicules très hypertrophiés.

Ces follicules ne se présentent pas avec l'aspect qu'ils ont dans la folliculite aiguë ordinaire. On constate non une désintégration avec invasion plus forte de polynucléés, mais bien l'aspect du tissu lymphoïde en édification active. Leur presque totalité est formée de grandes cellules claires : celles du centre germinatives. On trouve des ganglions à noyau chargé de chromatine et à karyokinèses fréquentes ; tout autour existe une zone relativement peu indurée formée de lymphocytes.

L'infiltration lymphocytaire pénètre dans la couche musculaire avec les vaisseaux. Mais dans la couche sous-séreuse, très épaissie, on retrouve des lésions nodulaires périvasculaires très prononcées, d'abord formées de lymphocytes, puis de lymphocytes entourant de grandes cellules d'aspect épithélioïde. On trouve dans les vaisseaux dilatés de nombreux polynucléés et non dans les lésions interstitielles elles-mêmes. Nous n'avons pas trouvé de cellules géantes ; mais la structure histologique doit faire porter le diagnostic de tuberculose.

Observation II

Par Bouglé, chirurgien des hôpitaux, et Marie, médecin des hôpitaux. (Société anatomique, janvier 1903.)

(Appendicite tuberculeuse)

Fr... Kl..., âgé de 24 ans, coupeur en chaussures, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Bazin, le 9 novembre 1902.

Il présente à ce moment de l'empâtement de la fosse iliaque droite qui fait songer immédiatement à une appendicite. La tuberculose a débuté il y a deux ans et demi. Il a eu une hémoptysie. Le 2 janvier 1902, il est admis au sanatorium d'Angicourt. Au mois de juillet de la même année. alors que son poumon était en voie de cicatrisation, il est pris de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite. On porte le diagnostic d'appendicite; on soumet le malade au traitement médical. Cette crise d'appendicite présenta quelques caractères spéciaux; d'abord, elle ne fut jamais très aiguë, ensuite elle se prolongea plus que de coutume. Le malade avait une diarrhée continuelle, ce qui ne s'observe guère dans l'appendicite simple : les malades sont, au contraire, habituellement constipés. De plus, vers le mois de septembre, survint dans l'abdomen un empâtement tardif et assez accentué sans fièvre, sans grande réaction péritonéale.

La coïncidence de la lésion bacillaire qu'il portait au sommet droit et les caractères de cette appendicite, nous permirent d'émettre cliniquement l'hypothèse d'appendicite tuberculeuse : et même, étant donnée l'importance de l'empâtement, nous hésitions entre la tuberculose iléo-

cœcale avec appendicite et appendicite tuberculeuse simple.

A l'ouverture du ventre, on trouve un appendice épaissi, adhérent. La rupture de l'adhérence entraîna l'ouverture d'un abcès du volume d'une noisette, correspondant à la pointe de l'appendice, et renfermant un pus épais, caséeux. Au niveau du point d'implantation de l'appendice, les tissus étaient très épaissis.

Le lendemain de l'intervention, le malade eut une poussée de phtisie aiguë dans le poumon droit anciennement tuberculisé, qui revêtit d'emblée une allure extrêmement inquiétante, avec hyperthermie (40 à 41°), agitation, dyspnée. Au bout de quelques jours, les accidents menaçants s'amendèrent et le malade fut un peu soulagé. Localement, il n'existait aucune fistule profonde, encore moins de fistule stercorale.

A l'examen on trouva un appendice très hypertrophié dans toutes ses couches ; la muqueuse était boursouflée par places et ulcérée dans d'autres points. Au point de vue histologique, certains follicules clos se présentaient sous les caractères de l'inflammation banale ; d'autres étaient nettement tuberculeux. Les formations tuberculeuses se voyaient surtout dans les régions où les follicules étaient conglomérés. Ce qui caractérise d'une façon plus définitive ces lésions, c'est la présence de cellules géantes. Du reste, la recherche des bacilles de Koch a été positive sur quelques coupes.

En somme, il s'agit incontestablement, dans ce cas, de lésions tuberculeuses de l'appendice, lésions ayant surtout leur siège dans la couche folliculaire. De plus, au point de vue de l'évolution, c'est un appendice qui porte, sous forme de sclérose, les traces d'atteintes inflamma-

toires antérieures,et qui, actuellement est encore le siège d'un processus inflammatoire aigu très intense.

Observation III

Par M. le professeur Demons. Thèse d'Aynès de Bordeaux), 1895.
(Tuberculose de l'appendice.)

Ar... Léon, 33 ans, garçon de salle, entre à l'hôpital Saint-André le 4 mars 1895 pour crises de coliques et tumeur dans la fosse iliaque droite. Aucune tare de tuberculose dans sa famille. S'est toujours bien porté.

Au mois de décembre 1894, il fut pris de fortes coliques, et ressentit de vives douleurs dans tout le ventre, surtout à droite ; celles-ci persistèrent en ce point très atténuées.

Trois mois après, nouvelle crise ; il s'aperçoit qu'il a dans la fosse iliaque droite une tumeur grosse comme une petite noix et douloureuse à la pression. Il entre à l'hôpital pour se faire opérer.

Malade bien musclé. Poitrine bien constituée. Dans la fosse iliaque droite, petite tumeur, douloureuse à la pression. On porte le diagnostic d'appendicite à rechutes. On l'opère. On trouve une petite tumeur occupant l'extrémité de l'appendice et adhérant à l'épiploon en même temps qu'à une anse intestinale. L'appendice libéré est ensuite réséqué.

Le lendemain de l'opération, le malade eut une légère hémoptysie.

Les suites de l'opération furent bonnes ; au bout de vingt jours, le malade se levait et rentrait chez lui.

A l'examen de la pièce on trouva trois petites tumeurs,

véritables granulations tuberculeuses ; au centre de la plus grande, une masse nettement caséeuse. Il s'agissait donc d'une appendicite tuberculeuse. Nulle part on ne trouva de cellules géantes.

Les coupes histo-bactériologiques selon la méthode d'Erlich ont été négatives quant à la présence du bacille.

Observation IV

Appendicite tuberculeuse ayant causé péritonite par perforation de l'appendice. — Résection. — Mort par complication pulmonaire tardive, par Bouilly (Cong. fr. de Chir., 1889).

Femme laparotomisée le 16 août 1888, pour des symptômes de péritonite aiguë suppurée.

Il s'établit une fistule stercorale.

Le 27 décembre de la même année, réouverture de la plaie. On trouve une perforation d'origine probablement tuberculeuse de l'appendice iléo-cœcal. Résection. L'écoulement stercoral cesse.

Mort en mars 1889 par le progrès de la tuberculose abdominale et pulmonaire.

Observation V

Appendicite tuberculeuse ayant déterminé un abcès rétro-cœcal.— Résection. Guérison. Par J. Blamd-Sutton (Brit. med. Jour., février 1891.)

Sutton cite quatre malades atteints et guéris par excisions de l'appendice. Son troisième malade fut considéré comme atteint de coliques rénales. Il avait, en réalité, un

abcès rétro-cœcal consécutif à l'inflammation de l'appendice devenu vertical. L'opération montra, en effet, une ulcération de l'appendice d'apparence tuberculeuse. On ne trouva pas de bacille. Le malade guérit.

Observation VI

Appendicite tuberculeuse. — Résection de l'appendice. — Mort par péritonite tuberculeuse. Par M. le professeur Terrier. (Publiée par Hartmann et Pilliet: Bull. soc. anatom., 31 juillet 1891.)

Jeune égyptienne de 25 ans, sans antécédents morbides. En janvier 1891, souffre de douleurs abdominales qui l'obligent à s'aliter.

Traitée médicalement pour pérityphlite : aucune amélioration.

Dans la F. I. D. légère diminution de la sonorité, et sensibilité très vive à la pression.

Diagnostic de M. le professeur Terrier : petit foyer suppuré juxta-appendiculaire, accompagné de péritonite chronique péri-cœcale.

Opérée le 12 mai 1891. Sous le chloroforme, on sent par la palpation un boudin dur dans F. I. D., du volume du poing d'un enfant nouveau-né.

Le côlon et le cœcum, à l'ouverture du ventre, apparaissent rouges, vascularisés, couvert de granulations grisatres du volume d'un grain de millet. L'appendice épaissi, ratatiné, est adhérent au cœcum et à la terminaison de l'iléon. On le libère et on l'incise ; sa muqueuse est grisâtre, boursouflée ; on le sectionne à sa base, qu'on lie avec un fil double entrecroisé et on maintient la surface de section dans la plaie abdominale. Drains dans la fosse

iliaque. Suites simples. Le malade sort portant une fistulette au point de fixation de l'appendice.

Mort au bout de quelque temps, de péritonite tuberculeuse.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agit de lésions tuberculeuses.

Observation VII

Appendicite tuberculeuse simulant une appendicite à répétition. (Thèse de Lesueur, Paris 1903.)

B. Maurice, serrurier, 21 ans. Entre le 11 mai 1899 dans le service de M. Letulle. Pas d'hérédité tuberculeuse. Tousse depuis 1896. En 1897, pneumonie droite. En février 1899, crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, diagnostiquée appendicite. Au poumon gauche, signes d'induration ; dans la plèvre droite, abondant épanchement.

Le 11 octobre. — Douleur dans F. I. D. au point de Mac Burney. Température, 37°5 le matin et 38°5 le soir. Pas de vomissements.

Le 2 février 1900. — Le malade a une vomique de pus fétide.

Le 22. — Nouvelle crise dans F. I. D. A partir du 27 février, grandes oscillations de la température dépassant le soir 39 degrés.

Mort le 4 mai 1900.

A l'autopsie on trouva sur l'appendice quatre ulcérations tuberculeuses.

TROISIÈME PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Quel est l'aspect d'un appendice tuberculeux?

Il est très variable. Ou bien cet appendice a conservé sa forme et son volume normaux; ou bien il est petit, dur, scléreux, rétracté. Quelquefois aussi, il apparaît volumineux, lardacé, très épaissi, en érection. C'était le cas chez le malade dont nous rapportons l'observation.

Le malade de MM. Bouglé et Marie avait aussi un appendice très hypertrophié; « il présentait le volume de trois doigts réunis; plus gros que l'intestin grêle, il était blanc-grisâtre, lardacé; à son extrémité libre, on apercevait un abcès du volume d'une noisette dont la paroi, tapissée de fongosités, faisait corps partiellement avec la paroi abdominale antérieure. Du côté de son implantation cœcale, l'appendice était encore plus méconnaissable et son méso épaissi, lardacé, masquait si bien le sillon entre la base de l'appendice et le cœcum qu'il me fallut une grande attention pour placer une ligature en bonne place. »

Il arrive souvent que l'appendice paraît sain à l'œil nu :

il a, en effet, la consistance et le volume normaux; son méso est souple, son péritoine intact. Il faut l'inciser pour constater les ulcérations tuberculeuses de sa muqueuse.

Si l'on examine un appendice atteint de lésions tuberculeuses au début de leur évolution, on voit que la muqueuse est soulevée en certains points par de petites granulations grisâtres semi-transparentes.

Si les lésions sont plus avancées, on constate un certain degré de caséification Le plus souvent, on les voit prendre de grandes dimensions et aboutir à l'ulcération. D'après Letulle et Weinberg, « les ulcérations siègent en un endroit quelconque de la cavité. Leur localisation la plus commune nous paraît être le segment inférieur; l'orifice d'entrée de l'appendice est, de même, un point privilégié. Leur nombre est très variable : on en compte une seule, isolée, au milieu de la cavité par exemple, ou bien la muqueuse en est criblée, et les pertes de substance sont si rapprochées, si confluentes, qu'on dirait un vaste ulcère unique, à bords serpigineux. La forme des ulcérations bacillaires est aussi des plus irrégulières. Solitaire, l'ulcère tuberculeux est souvent à peu près arrondi, large comme un pois, une lentille; d'aucuns sont cylindriques et font régulièrement le tour du canal, sur une hauteur très variable. Maintes fois alors, l'organe entier est très raccourci, comme rétracté.

» Les bords de l'ulcération taillés à pic, soit boursouflés, soit aplatis, sont toujours pâles et plutôt durs que ramollis. Le fond est uni (ou du moins non végétant), grisâtre, pulpeux. Il demeure à plat, également réparti, ou au contraire, s'enfonce profondément en quelque point. C'est qu'en effet la muqueuse évacuée a laissé place à la sous-muqueuse, laquelle, à son tour, se trouve envahie par le processus de caséification. Peu à peu, ou bien la

plaie atonique demeure de la sorte enchaînée contre le fond de la sous-muqueuse, ou bien elle désagrège successivement la musculeuse interne, puis l'externe, et la sous-séreuse reste la dernière protection contre les infiltrations bacillaires. »

Dans les cas où les lésions bacillaires aboutissent à la perforation on assiste à l'évolution d'une péritonite tuberculeuse, mais il n'en est pas toujours ainsi ; il arrive souvent que le péritoine réagit en formant des adhérences avec les organes voisins, lesquelles peuvent s'opposer à la diffusion des bacilles tuberculeux. On voit alors apparaître, au milieu des néo-membranes cicatricielles, un abcès froid péri-appendiculaire. Ces abcès sont tantôt limités à la région appendiculo cœcale, tantôt ils occupent toute la fosse iliaque, ou bien, passant sous l'arcade crurale ils viennent faire saillie dans le triangle de Scarpa (1). D'autres fois ils occupent la région lombaire (2) ; ils peuvent aussi fuser dans la fosse ischio-rectale (3). On a vu ces abcès se rompre et, de cette façon, les lésions aboutir encore à la péritonite aiguë généralisée.

Dans des cas plus rares, on observe à la surface de l'appendice une série de petites granulations ; il s'agit alors plutôt de péritonite tuberculeuse péri-appendiculaire, que d'appendicite vraie.

Sous l'influence du processus tuberculeux, l'appendice peut acquérir une épaisseur considérable ; c'est la forme hypertrophique, dont nous avons déjà parlé, qui est caractérisée par une néoformation abondante imprimant

---

(1) Roux.— *Loc. cit.*
(2) Cathelin.— *Loc. cit.*
(3) Terrier.— *Loc. cit.*

souvent à la dégénérescence une apparence de cancer : d'autres fois on a affaire à un appendice dur, rétracté, scléreux, c'est la forme atrophique. Cette forme de l'appendicite tuberculeuse ne se distingue guère de l'aspect qu'on observe si souvent dans l'appendicite chronique simple. On peut voir coexister sur un même appendice des lésions inflammatoires simples et des lésions tuberculeuses. Ces dernières venant, en effet, se localiser sur un organe qui était en état de moindre résistance par suite d'une première infection banale.

Divers auteurs ont signalé que c'est surtout vers la base de l'appendice, à son point d'implantation, ou encore dans la région de la valvule de Bauhin, que les lésions tuberculeuses se développent le plus volontiers. Ces notions anatomo-pathologiques ont beaucoup d'importance pour le chirurgien ; si, en effet, une telle lésion existe à la base de l'appendice, il faudra faire, ainsi que l'a fait Richelot avec succès, la résection partielle de l'intestin.

Il est une autre lésion, qu'il est également intéressant de noter, et dont la constatation peut avoir une grande importance, surtout dans les formes d'appendicite chronique à type scléreux, atrophique, qui peut même demeurer comme le vestige de l'infection tuberculeuse : c'est l'adénopathie tuberculeuse. Cet engorgement des ganglions mésentériques au cours de la tuberculose appendiculaire est assurément plus fréquent que dans l'appendicite simple. Dans les deux faits de Carl Beck (1) et dans un cas de Mongie (2), on avait noté autour de l'appendice la

(1) Carl Beck. — *Loc. cit.*

(2) Mongie. — Comm. à la Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux. *J. de Med. de Bordeaux* 1902, XXXI, p. 27-28.

présence de ganglions caséeux. On cite le cas d'une femme morte d'accidents péritonéaux, contre lesquels on fit une laparotomie. L'opérateur trouva un appendice sain en apparence, une adénite para-cœcale suppurée et des ganglions mésentériques indurés. L'adénite avait les caractères de l'adénopathie tuberculeuse, que confirmaient d'ailleurs les antécédents de la malade. On ne pratiqua pas dans ce cas l'examen histologique de l'appendice ; ce fut très regrettable ; car on y aurait peut-être trouvé la localisation primitive de la tuberculose propagée secondairement aux ganglions.

II

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Très souvent les lésions aiguës sont greffées sur des altérations anciennes. On peut les voir, si on les examine au microscope, envahir la couche profonde de la muqueuse et la sous-muqueuse. L'épithélium est détruit sur une grande étendue, la surface de la muqueuse a disparu en de nombreux points, les follicules lymphatiques sont désagrégés. La sous-muqueuse est surtout frappée par le processus tuberculeux; on y voit « un grand nombre de blocs caséeux ou de follicules tuberculeux riches en cellules géantes et en bacilles de Koch. Les vaisseaux de cette région s'irritent, les artères s'épaississent ; elles sont atteintes d'une endartérite chronique para-tuberculeuse, habituellement sans thrombose. Les veines sont envahies également et les caillots qu'elles renferment sont parfois riches en bacilles. » (Letulle et Weinberg.)

Mais les lésions ne s'arrêtent pas là. Ainsi que le font remarquer ces mêmes auteurs, «les couches musculeuses reçoivent à leur tour et successivement, les colonies folliculaires de bacilles de Koch, qui suivent, sans nul doute, les espaces interstitiels et surtout les voies lymphatiques, si riches dans ces régions. Une véritable myosite interstitielle bacillaire, scléreuse et caséeuse, se développe, qui sert d'assise soit à l'ulcération térébrante venue de la cavité appendiculaire, soit aux cultures secondes qui gagnent à leur tour l'extérieur de l'organe. Cette marche

centrifuge des colonies bacillaires révèle leur évolution lymphangitique et explique la facilité grande des perforations, quand la séreuse vient à se caséifier à son tour. »

Il se fait à la suite de cette tuberculisation de l'appendice une réaction inflammatoire dans son voisinage. Celle-ci est souvent très vive. Elle se manifeste par une lymphangite aiguë analogue à celle que l'on observe dans les appendicites non tuberculeuses, et même par des poussées de péritonite aiguë ou subaiguë.

Dans la forme hypertrophique de l'appendicite tuberculeuse, les tissus sont souvent très hypérémiés ; on y trouve d'énormes dilatations vasculaires, artérielles ou veineuses qui se continuent dans le méso. Dans les travées conjonctives on voit une énorme prolifération d'éléments embryonnaires au milieu de laquelle sont noyés quelques follicules tuberculeux, pauvres en bacilles et en cellules géantes. Et cette rareté des éléments de l'infection tuberculeuse rend parfois le diagnostic difficile avec le cancer.

III

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Au point de vue étiologique, les documents sont rares. Ici comme pour l'appendicite de cause banale, il faut noter les mêmes influences, âge, sexe, etc. On a signalé comme un facteur important dans la genèse de l'appendicite tuberculeuse, les entérites et les gastropathies. On a incriminé le traumatisme. Suchier cite l'observation d'un malade qui était «polisseur d'agates», métier où la fosse iliaque droite est le siège de contusions professionnelles répétées. Les maladies générales ou locales telles que la fièvre typhoïde, les inflammations intestinales du jeune âge et surtout la dysenterie, qui dans sa forme chronique est caractérisée par des ulcérations folliculeuses multiples, prédisposent à l'infection tuberculeuse de l'intestin. Moty a signalé plusieurs cas de tuberculose intestinale chez des marins ayant eu la dysenterie aux colonies.

Nous avons à nous demander maintenant quel chemin prend le bacille de Koch pour arriver à l'appendice. On peut dire que, dans le plus grand nombre de cas, il arrive par la voie intestinale. Quand il existe des lésions tuberculeuses de l'intestin grêle et du gros intestin, l'extension des lésions à l'appendice se conçoit aisément. Le bacille de Koch, qui est un hôte fréquent de l'intestin, est entraîné le plus souvent vers l'appendice par les liquides intestinaux. Si l'appendice, sur lequel il arrive, a déjà subi un traumatisme, ou bien des atteintes antérieures d'appendi-

cite simple, il sera dans des conditions favorables d'inoculation. Le bacille de Koch se greffera d'abord sur la muqueuse, la pénètrera quelquefois sans détruire l'épithélium ; le plus souvent il provoquera une ulcération superficielle, puis gagnera la couche profonde de la muqueuse et la sous-muqueuse. C'est là le mode le plus fréquent de l'infection.

L'inoculation par la voie sanguine peut aussi se faire. Il est intéressant de rappeler les expériences de Charrin et de Gouget (1) à la Société de Biologie. « Des injections intra-veineuses de culture de strepto-bacille ont provoqué une pseudo-tuberculose localisée sur la rate, le foie, l'appendice et sur les ganglions mésentériques. Cette « localisation élective » sur l'appendice est fort intéressante, car elle nous permet jusqu'à plus ample informé d'admettre l'appendicite tuberculeuse par infection sanguine. »

---

(1) Gouget — Soc. de Biol., 3 avril 1897.

IV

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC

Les lésions produites par la tuberculose de l'appendice ne se manifestent cliniquement, dans le plus grand nombre des cas, par aucun symptôme. Et Bouglé a pu dire avec raison que la tuberculose de l'appendice, quand elle accompagnait la tuberculose iléo-cœcale, n'avait pas le plus souvent d'histoire clinique.

Lesueur (1) rapporte dans sa thèse que sur 240 cas d'appendicites constatées à l'autopsie, deux seulement avaient été diagnostiquées avant la mort.

Letulle et Weinberg ont cependant prouvé que les lésions produites par le bacille de Koch suffisent à provoquer l'appendicite. Et on peut dire que les symptômes de celle-ci sont en tout point analogues à ceux de l'appendicite simple. Le début est brusque.

La douleur, localisée d'abord dans la fosse iliaque droite, s'irradie ensuite à tout l'abdomen, avec prédominance fréquente autour de l'ombilic et même à l'épigastre. Le ventre se ballonne; le malade a des vomissements d'abord alimentaires ou bilieux, puis verdâtres, porracés. La langue est sèche, le facies grippé ; le pouls s'accélère, la température monte. La palpation permet seulement d'apprécier l'extrême tension de la paroi, surtout marquée

---

(1) Lesueur. — *Loc. cit.*

au point de Mac Burney. La constipation est souvent opiniâtre, mais il n'est pas rare qu'il y ait de la diarrhée. La forme suraiguë, rapidement mortelle, comme Pilliet (1) en cite un cas, est très rare.

L'appendicite tuberculeuse est loin d'avoir toujours la symptomatologie de l'appendicite vulgaire. Nous savons que les lésions tuberculeuses évoluent la plupart du temps dans l'organisme sans provoquer de phénomènes douloureux bien violents. On peut dire que la forme la plus fréquente de l'appendicite tuberculeuse est une forme atténuée. La fièvre est alors peu intense, la réaction péritonéale est moins vive. La crise inflammatoire dans son ensemble disparaît vite, et tout rentre dans l'ordre. Il persiste quelquefois cependant une légère douleur bien localisée au point de Mac Burney, révélant seule la lésion appendiculaire.

Après cette première atteinte, les lésions bacillaires continuent toujours à évoluer; les récidives sont très fréquentes. Le malade ressent de temps en temps des douleurs dans tout l'abdomen disparaissant au bout de quelques jours et revenant sous forme de crises légères qui troublent continuellement l'existence des malades.

Si l'on explore attentivement la fosse iliaque droite, il arrive souvent qu'il est impossible de trouver la moindre trace d'empâtement ; d'autres fois, on perçoit une induration qui n'a aucune tendance à disparaître, même après de longs mois.

On a dit que la présence de ganglions inguinaux et cruraux était un signe en faveur de la tuberculose de l'appendice. Mais ce signe a bien peu de valeur.

---

(1) Pilliet. — Progrès médical, 24 nov. 1894.

Les seuls ganglions qui pourraient éclairer le diagnostic, si leur altération et leur tuméfaction étaient dûment constatées, sont les ganglions de la fosse iliaque et ceux qui environnent l'appendice. Mais on conçoit combien cette exploration est difficile,

Il est un point dont le chirurgien doit tenir le plus grand compte, c'est l'état général du sujet. Le malade atteint d'apppendicite tuberculeuse a souvent des antécédents bacillaires familiaux ; lui-même a présenté ou présente encore des lésions pulmonaires tuberculeuses.

Le séro-diagnostic selon la méthode d'Arloing et Courmont pourra souvent rendre dans ces cas de grands services à la clinique. Mais malgré cette ressource et les signes dont nous venons de parler, on peut dire qu'actuellement il est difficile d'affirmer cliniquement qu'une appendicite est de nature tuberculeuse.

Quant à l'autre forme de l'appendicite tuberculeuse, l'abcès froid péri-cœcal, elle peut être observée sous deux aspects différents : ou bien il y a une collection suppurée enkystée au milieu des néoformations inflammatoires, ou bien il existe une fistule qui communique avec l'extérieur.

L'abcès froid péri-cœcal a été confondu avec l'abcès par congestion de la tuberculose vertébrale lombaire. Son évolution lente, sa marche régulièrement extensive, le rapprochent plus de l'abcès froid ossifluent lombaire que de l'abcès chaud appendiculaire.

A la période de fistulisation le diagnostic est plus facile: l'aspect de la fistule avec ses bords violacés, atones, sans tendance à la cicatrisation et la présence de matières fécales dans le pansement, enlèvent toute hésitation au chirurgien sur sa nature tuberculeuse et son origine intestinale.

L'actinomycose de l'appendice peut aussi aboutir à la

formation d'une induration profonde et de trajets venant aboutir à la paroi ; la recherche des corps jaunes dans le pus et l'examen microscopique trancheront la difficulté.

Dans les cas de perforation avec péritonite généralisée, le diagnostic de perforation intestinale est généralement facile ; la localisation primitive de la douleur dans la fosse iliaque droite fera penser à l'appendicite. Il faudra éviter de confondre la perforation tuberculeuse, survenant le plus souvent chez un malade qui présente des signes de tuberculose pulmonaire et intestinale, avec la perforation de l'appendicite aiguë folliculaire ou nécrosante. Celle-ci sera précédée de phénomènes toxi-infectieux qui auront attiré l'attention du médecin.

V

PRONOSTIC

L'appendicite tuberculeuse est une affection très grave. Elle évolue rarement vers la guérison par calcification des foyers caséeux et par formation de cicatrices fibreuses. Au contraire, les lésions tuberculeuses ont toujours une tendance à envahir les tissus voisins ; elles commencent d'abord par gagner toute l'épaisseur des parois de l'appendice, puis les ganglions, le péritoine, le cœcum, l'iléon. S'il est vrai qu'elle expose moins que l'appendicite simple aux accidents péritonéaux et à une mort rapide, ceux-ci cependant peuvent se produire. De plus, les sujets qui en sont atteints souffrent continuellement de douleurs disséminées dans le ventre ; ce sont comme des tiraillements gênant les malades dans les occupations ordinaires de la vie, les obligeant à s'étendre, à soutenir leur ventre. Les rémissions complètes ne sont pas de longue durée ; les douleurs reparaissent bientôt, faisant en quelque sorte planer au-dessus du malade une nouvelle crise d'appendicite.

Ce qui assombrit encore le pronostic, c'est que cette tuberculose appendiculaire peut devenir, à un certain moment, l'origine d'une infection tuberculeuse à distance ; de plus, on a vu de graves complications, quelquefois un réveil d'anciens foyers tuberculeux éteints depuis longtemps, une forte fièvre, une violente dyspnée,

survenir après l'opération. Le pronostic dépendra aussi de l'état général du sujet. Si le malade est atteint depuis longtemps de lésions pulmonaires, s'il est dans un état de santé peu florissant, cette nouvelle tuberculose le fera vite arriver à la cachexie terminale.

VI

TRAITEMENT

Au sujet du traitement, les avis diffèrent. Pour certains il faut intervenir dès que l'on aura diagnostiqué une tuberculose de l'appendice ; pour d'autres, il vaut mieux s'abstenir.

Les premiers font valoir, avec juste raison d'ailleurs, que l'opération précoce débarrasse vite l'organisme d'un foyer de tuberculose, qui menace continuellement celui qui en est porteur, et qui peut devenir à un certain moment l'origine d'une infection tuberculeuse à distance. Pour eux une lésion pulmonaire n'est pas une contre-indication. Au contraire, c'est une raison de plus pour supprimer au plus vite le foyer de tuberculose local.

Les seconds objectent que toute opération sérieuse chez un tuberculeux peut donner à la tuberculose une poussée aiguë soit pulmonaire, soit méningée, et compromettre ainsi gravement la vie des malades. L'opéré de Bouglé eut après l'opération de graves complications : « Le poumon droit dont les lésions étaient éteintes, en grande partie cicatrisées, subit une congestion intense ; la fièvre monta à 40°. Le malade se plaignit de douleurs thoraciques et d'une dyspnée intense. L'expectoration, nulle avant l'intervention, devint abondante, d'abord aérée, spumeuse, puis blanchâtre, visqueuse et au bout de quelques jours franchement purulente. »

De telles complications ont été signalées dans plusieurs

observations. Le malade de Demons (thèse d'Aynès) eut une hémoptysie le lendemain de l'opération. Jalaguier rapporte aussi un cas semblable. Il est rare de voir l'appendice seul pris ; il existe presque toujours des lésions tuberculeuses sur le cœcum et l'iléon, et si l'on n'enlève que l'appendice, on fait une opération incomplète. Si l'on est en présence de lésions qui empiètent peu sur le cœcum, on peut évidemment faire une résection partielle de la paroi cœcale, ainsi que Richelot l'a fait avec succès. Mais si les lésions ont déjà envahi tout le cœcum et l'iléon et ont des tendances à s'étendre beaucoup, on ne peut pas songer à enlever ces organes. En tout cas, ce ne sont pas des opérations de pratique courante. Enfin, en supposant que le chirurgien ait voulu opérer, il peut persister après l'opération une fistule qui prendra bientôt l'aspect caractéristique des fistules tuberculeuses. Ses bords seront atones et décollés, n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée. « Au moment de l'opération, il peut persister dans la cavité appendiculaire ou autour de l'appendice un foyer septique mal éteint : or, cette infection locale, surajoutée à l'infection tuberculeuse, prédisposera encore à l'infection tuberculeuse à distance (1). » On voit donc combien la question de l'intervention chirurgicale est délicate, et avec quel soin le chirurgien doit peser les faits qui militent en faveur de l'opération ou contre. Ce n'est que quand il aura examiné tous ces points particuliers qu'il pourra prendre une décision.

S'il juge l'intervention chirurgicale inutile, il instituera pendant les poussées aiguës le traitement médical habituel des appendicites : diète absolue, repos au lit dans

(1) Bouglé. — *Loc. cit.*

l'extension dorsale, glace sur l'abdomen et opiacés ; s'il opte pour l'opération, il lui faudra autant que possible enlever toutes les parties malades ; avant de placer la ligature à la base de l'appendice, il devra s'assurer s'il n'existe pas de lésions de la paroi cœcale, et, si elles sont localisées, il devra les enlever quand bien même il devrait reséquer une portion du cœcum. Il est évident que si, quand il aura ouvert le ventre, il voit des lésions, au lieu d'être limitées à l'appendice, envahir le gros intestin et l'intestin grêle, il devra arrêter l'opération qui ne sera ainsi qu'une simple laparotomie exploratrice. Celle-ci, d'ailleurs, soulagera beaucoup les malades, ainsi que le prouve la malade opérée par Poncet (1).

L'abcès froid péri-cœcal devra être traité par l'incision large, qui seule permet de nettoyer dans les limites du possible les parois de sa cavité et de faire un bon drainage.

---

(1) Billon. — Thèse de Lyon, 21 janvier 1898, n° 29.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite tuberculeuse est une affection grave : elle est relativement fréquente ;

2° Elle peut survenir comme première manifestation de la tuberculose. La plupart du temps, elle survient après des lésions bacillaires de l'intestin ou du poumon ;

3° Des atteintes antérieures d'appendicite simple prédisposent à cette affection ;

4° L'appendicite tuberculeuse a quelquefois la symptomatologie de l'appendicite aiguë banale ; d'autres fois elle revêt une forme atténuée, douleurs peu vives généralisées dans tout l'abdomen, survenant par crises assez espacées. D'où il suit qu'il est très difficile d'arriver à porter le diagnostic d'appendicite tuberculeuse ;

5° Le traitement est ou médical ou chirurgical. Le premier est celui de toutes les appendicites simples. Le second consiste à enlever l'appendice malade, et dans le cas où le cœcum est lésé, à faire en même temps une résection de la paroi cœcale.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERS. — Ueber eine der nächsten veranlassungen der Durchborung des Processus vermiformis (Archiv. für Physiologische Heikunde, 1851, p. 455).

AYNÈS. — Recherches et considérations sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuse (Thèse Bordeaux, 1895).

BILLON. — La tuberculose appendiculo-cœcale traitée par laparotomie iliaque (Thèse, Lyon, 1898).

BLAND-SUTTON. — Four cases of excision of the vermiform appendix (Transaction of the Clinical Society of London, 13 février 1891, in British medical Journal, 1891. 1er sem., p. 409.)

BODART. — Bulletin de la Société anatomique, 1844, p. 199.

— Des perforations du cæcum et de celles de l'appendice cœcale (Thèse Paris, 1844).

BOUGLÉ. — Appendicite tuberculeuse (Bulletin de la Société d'anatomie, 30 janvier 1903).

— L'appendicite tuberculeuse (Archives générales de médecine, 1903, t. I, p. 263).

BOUILLY. — Discussion sur l'appendicite (Bulletin de la Société de chirurgie, 2 mai 1892, p. 165).

BROCA. — Bulletin de la Société anatomique, 3 mars 1852, p. 111.

CARL BECK. — Appendicitis (Sammlung Kleinscher Vorträge, septembre 1898, n° 221, Chir. n. 65).

CATHELIN. — Appendicite tuberculeuse avec abcès lombaire et fistule pyo-stercorale (Presse médicale, 20 juillet 1898.)

CLESS. — Cansttat's Jahresbericht, 1853, t. III, p. 187.

— Zur kasuistik der Werschwarung und Durchborung des Wurmfortsatzes durch Hochkonkrement (Medicinisches correspondenz Blatt des Wurtembergischen Aerztlichen Vereins, 27 janvier et 3 février 1857).

CORBIN. — Notes sur les maladies de l'appendice cœcale ; observation de perforation de cette appendice (Gazette méd., 7 oct. 1837).

DELORME. — Discussion sur l'appendicite (Bulletin de la Société de chirurgie, 30 mars 1892, p. 258).

DIEULAFOY. — Semaine médicale (8 octobre 1902, p. 329).

FAVRE. — Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-cœcale (Thèse Paris, 1869).

GIRODE. — Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux (Thèse Paris, 1888).

GOUGET. — Pseudo-tuberculose. Localisation élective sur l'appendice (Bulletin de la Société de biologie, 3 avril 1897).

HABERSHON. — Pathological and pratical observations of diseases of the abdomen. 2e éd. London, 1862.

HARTMANN et PILLIET. — Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région (Bulletin de la Société d'anatomie, 31 juillet 1891).

JALAGUIER. — Article : Appendicite in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

JOSSELIN DE JONG (De). — L'appendicite tuberculeuse (traduit de l'anglais par le docteur Perruguier, de Nice, Revue internationale de la tuberculose, décembre 1902).

LESUEUR. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite chez les tuberculeux (Thèse Paris, 1903).

LETULLE et WEINBERG. — Histologie pathologique des appendicites (Bulletin de la Société de biologie, 31 juillet 1899).

LEUDET. — Recherches anatomo pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cœcal (Archives générales de médecine, août et septembre 1859).

LONGER-VILLERMAY. — Archives générales de médecine, 1824. Observation pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du cœcum.

MÉHIER. — Mémoires et observations sur quelques maladies de l'appendice cœcale (Journal général de médecine, chirurgie et pharmacie, 1827).

MESTIVIER. — Journal de médecine et chirurgie, t. X, p. 441, 1759.

PILLIET — Progrès médical, 24 novembre 1894.

RECLUS. — Typhlite et appendicite tuberculeuse in Cliniques chirurgicales de la Pitié, 1894, p. 317).

RICHELOT. — Discussion sur l'appendicite (Bulletin de la Société de chirurgie, 23 mars 1892, p. 239).

RIEDEL. — 70e Réunion des Méd. et Nat. allem. Dusseldorf, 20 sept. 1898.

Roux (de Lausanne). — Du traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée. Nouvelle contribution (Revue médicale de la Suisse romande, 20 novembre 1891 et suivants).

Spillmann. — De la tuberculisation du tube digestif (Thèse d'agrégation, 1878).

Stearns. — Communication à la New-York pathological Society (New-York Medical Record, 1893, p. 25).

Terrier. — Discussion sur l'appendicite (Bulletin de la Société de chirurgie, 17 février 1892, p. 131 et 30 mars 1892, p. 266).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 1er juillet 1904.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 1er juillet 1904.
Le Doyen,
MAIRET.

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI — 2-1606

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !